



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES
ENMIENDA AL PLAN DE ATENCIÓN
 PLAN OF CARE AMENDMENT

NOMBRE:	NÚMERO DDD:
---------	-------------

Número de la evaluación de necesidades _____

¿Qué pasos se deben tomar y/o qué servicios/asistencia deben proporcionarse para satisfacer este objetivo?	¿Proveedor/ Persona Responsable?	Marque si la exención pagó por el servicio	¿Frecuencia? Diaria/Semanal/ Mensual Cantidad: Hrs/Días/Meses	Si es nuevo, ¿cuál es la fecha de inicio?	Aprobación anterior recibida, si es necesario

Número de la evaluación de necesidades _____

¿Qué pasos se deben tomar y/o qué servicios/asistencia deben proporcionarse para satisfacer este objetivo?	¿Proveedor/ Persona Responsable?	Marque si la exención pagó por el servicio	¿Frecuencia? Diaria/Semanal/ Mensual Cantidad: Hrs/Días/Meses	Si es nuevo, ¿cuál es la fecha de inicio?	Aprobación anterior recibida, si es necesario

Número de la evaluación de necesidades _____

¿Qué pasos se deben tomar y/o qué servicios/asistencia deben proporcionarse para satisfacer este objetivo?	¿Proveedor/ Persona Responsable?	Marque si la exención pagó por el servicio	¿Frecuencia? Diaria/Semanal/ Mensual Cantidad: Hrs/Días/Meses	Si es nuevo, ¿cuál es la fecha de inicio?	Aprobación anterior recibida, si es necesario

He participado en el desarrollo y/o he revisado el presente Plan de Atención individual y **ESTOY DE ACUERDO** con los servicios y la asistencia descritos.

PARTICIPANTE EXENTO	FECHA
REPRESENTANTE LEGAL	FECHA
ADMINISTRADOR DE CASO/RECURSO	FECHA



PLAN DE ATENCIÓN DE DDD
SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA DE APELACIÓN
 conforme el Capítulo 388-02 de los reglamentos de audiencias imparciales de DSHS.

FOR AGENCY USE ONLY	
<input type="checkbox"/> Oral request taken by:	
NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

ENVÍE POR

CORREO A: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS (OAH), MAIL STOP: 42489
 PO BOX 42489
 OLYMPIA WA 98504-2489

FAX: 360-586-6563

Solicito una audiencia debido a que no estoy de acuerdo con la siguiente decisión adoptada por el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS):

- Explique brevemente lo que DSHS hizo u omitió hacer (agregue hojas si necesita más espacio); y
- Adjunte una copia del aviso al que está apelando, si fuera posible.

SU NOMBRE (ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
DOMICILIO DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA AUDIENCIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA)		<input type="checkbox"/> NÚMERO DE TELÉFONO PARA MENSAJES

Fui notificado de la decisión el: _____ por: _____
 FECHA NOMBRE DE LA OFICINA DE DSHS Y UBICACIÓN

Quisiera asistencia continua, si fuera elegible: Sí No Programa: _____

Seré representado por (si fuera a representarse a sí mismo, no llene las dos próximas líneas):

NOMBRE DE SU REPRESENTANTE	ORGANIZACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
DOMICILIO	CALLE	CIUDAD
		ESTADO
CÓDIGO POSTAL		

Autorizo la cesión de información sobre mi audiencia a mi representante.

SU FIRMA	FECHA
----------	-------

¿Necesita un intérprete o alguna otra asistencia o arreglo para la audiencia? Sí No

De ser así, ¿qué idioma o qué tipo de asistencia? _____

Los jueces de la ley administrativa (ALJ) podrían llevar a cabo algunas audiencias por teléfono. Si desea cambiar a una audiencia en persona, siga las instrucciones en el Aviso de Audiencia que le enviará por correo la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH).